MEJDS. 2019; 9:120
Published online 2020 Jan. **Research Article**

A Model for Explaining Depression Based on the Direct Role of Social Support through the Mediation of Dysfunctional Attitude in Children

Movaghar M[1], *Mirza Hoseini H[1], Zargham Hajebi M[1]

Author Address
1. Department of Psychology, Ghom Branch, Islamic Azad University, Ghom, Iran;
***Corresponding Author Email:** mirzahoseini.hasan@yahoo.com

Received: 2018 Novamber 26; **Accepted:** 2018 December 15

Abstract
Background & Objective: Depression (major depressive disorder) is a frequent and severe psychiatric illness that negatively affects how one feels, the way one thinks, and how one acts, and it is also treatable. Depression causes feelings of sadness and/or a loss of interest in activities once enjoyed. It can lead to a variety of emotional and physical problems and can decrease a person's ability to function at school and home. Researchers have identified the factors associated with depression in childhood. Social support is a multidimensional concept defined in various ways, for example, it can be defined as a resource provided by others, as a means to deal with stress, or as an exchange of resources. On the other hand, some scholars have defined social support as the amount of love, companionship, care, respect, attention, and assistance received by the individual or other groups such as family members, friends, and others. Some social support is a social reality, and others see it as a result of the perception and perception of the individual. Sarason considers that social support is a multi–dimensional concept that embraces both real and imaginary dimensions. In sum, perhaps social support is the feeling that the person is at the center of attention of others, that others value him, and that he belongs to a social network. Attitude is a combination of beliefs and excitements that prepare a person in advance to look at others, objects, and groups positively or negatively. Attitudes summarize the evaluation of objects and, as a result, predict or guide future actions or behaviors. Attitude can be defined in terms of learning theories and cognitive approaches. In each of these theories, the concept of attitude is defined differently and emphasizes each of the different aspects of attitude. The purpose of this study was to explain depression based on the direct role of social support and mediating the role of an ineffective attitude in children.
Methods: The research method was descriptive and correlational methods. The statistical population of this study was all children of Tehran's welfare centers in 1120 children aged 7 to 12 years in 79 centers in 2018 that 545 children were selected by available sampling method. The research instruments included the Kovacs children's depression inventory (1992), dysfunctional attitude of children questionnaire of D'Alessandro and Burton (2006), Procidano and Heller's social support questionnaire (1983). Data were analyzed using SPSS–22 and AMOS 23 software. Path analysis and Pearson correlation were applied in order to analyze the data.
Results: Pearson's correlation showed that ineffective attitude of individual with social support was inverse and significant ($p<0.001$, $r=-0.89$) and had a direct and significant relationship with depression ($p<0.001$, $r=0.66$). In addition, there was a significant negative relationship between social inefficient attitude and social support ($p<0.001$, $r=-0.86$), and there was a direct and significant relationship with depression ($p<0.001$, $r=0.61$). The total score of inefficient attitude with social support was inverse and significant ($p<0.001$, $r=-0.88$) and had a direct and significant relationship with depression ($p<0.001$, $r=0.64$). Social support had inverse and significant relationship with depression ($p<0.001$, $r=-0.43$). In addition, at the level of structural equation results, social support can predict depression in children with mediating role of inefficient attitude ($p<0.001$, $r=-0.37$).
Conclusion: In general, the results of this study revealed that social support with the mediator role of dysfunctional attitude could be a desirable model for predicting depression in children. As a result, the results of this study can be used to identify the type of social support and dysfunctional attitude in psychological counseling in depressed children.
Keywords: Depression, Social Support, Dysfunctional Attitude, Children.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.90.2]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۱۲۰.

انتشار برخط دی‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

مدل تبیین افسردگی براساس نقش مستقیم حمایت اجتماعی با میانجی‌گری نگرش ناکارآمد کودکان

مهشید موقر[۱]، *حسن میرزا حسینی[۱]، مجید ضرغام حاجبی[۱]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mirzahoseini.hasan@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۵ آذر ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴آذر ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: یکی از اختلالات شایع دوران کودکی، افسردگی است. پژوهشگران بر شناسایی عوامل مرتبط با افسردگی در دورهٔ کودکی تأکید کرده‌اند. این پژوهش با هدف تبیین افسردگی براساس نقش مستقیم حمایت اجتماعی و نقش میانجی نگرش ناکارآمد در کودکان انجام شد.

روش‌بررسی: طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعهٔ آماری را تمامی کودکان مراکز بهزیستی تهران به تعداد ۱۱۲۰ کودک ۷تا۱۲ سال در ۷۹ مرکز در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که ۵۴۵ نفر به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارها شامل پرسشنامهٔ افسردگی کودکان کواکس (۱۹۹۲) و پرسشنامهٔ نگرش ناکارآمد کودکان دوالساندرو و بورتون (۲۰۰۶) و پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی پروسیدانو و هلر (۱۹۸۳) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۳ تحلیل شدند. آزمون‌های همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری با سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کار رفت.

یافته‌ها: نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که نگرش ناکارآمد فردی با حمایت اجتماعی ارتباط معکوس ومعنادار ($p<$۰/۰۰۱ و r=-۰/۸۹) و با افسردگی رابطهٔ مستقیم و معناداری دارد ($p<$۰/۰۰۱ و r=۰/۶۶). همچنین بین نگرش ناکارآمد اجتماعی با حمایت اجتماعی ارتباط معکوس و معنادار ($p<$۰/۰۰۱ و r=-۰/۸۶) و با افسردگی رابطهٔ مستقیم و معناداری مشاهده می‌شود ($p<$۰/۰۰۱ و r=۰/۶۱). نمرهٔ کل نگرش ناکارآمد نیز با حمایت اجتماعی دارای ارتباط معکوس و معنادار ($p<$۰/۰۰۱ و r=-۰/۸۸) و با افسردگی دارای رابطهٔ مستقیم و معناداری است ($p<$۰/۰۰۱ و r=۰/۶۴). همین‌طور حمایت اجتماعی با افسردگی ارتباط معکوس و معناداری دارد ($p<$۰/۰۰۱ و r=-۰/۴۳). همچنین در سطح معادلات ساختاری نتایج مشخص کرد که حمایت اجتماعی با نقش میانجی نگرش ناکارآمد می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ افسردگی در کودکان باشد ($p<$۰/۰۰۱ و r=-۰/۳۷).

نتیجه‌گیری: به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی با نقش میانجی نگرش ناکارآمد می‌تواند مدل مطلوبی جهت پیش‌بینی افسردگی در کودکان باشد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، حمایت اجتماعی، نگرش ناکارآمد، کودکان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.90.2]

۱ مقدمه

افسردگی به‌عنوان واکنش طبیعی دربرابر مصائب عمل می‌کند و برخی از افراد آن را بیماری عمده‌ای در نظر می‌گیرند. افسردگی دربرگیرندهٔ عواطف منفی همانند استرس خواب و مسائل اشتها و احساس بی‌ارزشی و نیز ناامیدی است که می‌تواند از اشکال مختلف عواطف منفی تا افکار خودکشی منتهی شود (۱).

سیاربودن علائم و غیرقابل پیش‌بینی‌بودن بیماری موجب افت خلق و ناامیدی در این بیماران می‌شود و افسردگی عارضهٔ روانی شایع‌تر در این افراد است (۲).

افسردگی از اختلالات روانی بسیار شایع بوده که شیوع رو به رشد آن به نگرانی جهانی تبدیل شده است و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین بیماری رایج در دنیا تبدیل شود (۳). پژوهشگران علوم بهداشت روانی‌ـ‌رفتاری بر این باورند که برطبق آمارهای بین‌المللی، ۱۱ درصد از افراد سنین ۱۵ تا ۷۴ سال که به پزشکان مراجعه می‌کنند، دارای علائم بارز افسردگی مانند نداشتن توانایی تفکر و تمرکز یا تصمیم‌گیری بوده و خودکارآمدی ضعیف و تضاد شناختی دارند؛ همچنین نیاز به کنترل افکار در آن‌ها دیده می‌شود و احتمال دارد به‌آسانی دچار حواس‌پرتی یا مشکلات حافظه شوند (۴). در حال حاضر، افسردگی کودکی حوزه‌ای بوده که به‌خوبی شناخته شده است. برای نمونه افسردگی سنین پیش‌دبستانی با نشانه‌های معمول افسردگی مانند بی‌لذتی، تغییرات خواب و اشتها، تغییرات سطح فعالی و حس گناه مشخص می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شیوع این اختلال در کودکان ایرانی حدود ۱۰ درصد است و این نرخ در دختران بیشتر از پسران مشاهده می‌شود (۵).

در این پژوهش به موضوع افسردگی کودکان و عوامل مرتبط با آن، ازجمله حمایت اجتماعی پرداخته شد. خانواده، عامل مهم‌تر در میان عوامل متعددی است که می‌توانند باعث تسهیل رشد شخصیت کودک یا بازداری آن شوند. رشد در اوایل کودکی از راه عوامل محیطی مانند خانواده، مراقبان، محیط اطراف و فرهنگ تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد (۶). حمایت اجتماعی، شبکهٔ اجتماعی[1] است که برای افراد منابع روان‌شناختی و محسوسی را فراهم می‌کند تا بتوانند با موقعیت استرس‌زای زندگی و معضل‌های روزانه کنار بیایند. حمایت اجتماعی ازطریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد باعث کاهش تنش تجربه‌شده و افزایش میزان بقا و بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود (۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند برای اشخاص دارای افسردگی، اگر حمایت اجتماعی افزایش یابد، خلق افسردهٔ آن‌ها کاهش پیدا می‌کند؛ بنابراین، حمایت اجتماعی نقش اساسی در پیشگیری و درمان افسردگی دارد (۸).

علاوه‌بر نقش حمایت اجتماعی در افسردگی، باید افزود نظریه‌های شناختی تأکید زیادی بر نقش شناخت‌های منفی در بروز افسردگی دارند. پژوهشگران فرض را بر این گذاشتند که افراد دارای نگرش‌های منفی، مستعد افسردگی هستند. افکار و نگرش منفی کیفیتی ذهنی است که بر توانایی شخص در برخورد با تجربه‌های زندگی اثر گذاشته و هماهنگی را بی‌جهت مخدوش می‌سازد و واکنش‌های بی‌تناسب و دردناک تولید می‌کند (۹). از نظر بِک نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه است که باعث اختلال در فرآیندهای فکر و مشکلات روان‌شناختی می‌شود. همچنین ازآنجاکه این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر و افراطی و مقاوم درمقابل تغییر است، ناکارآمد تلقی شده و می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ علائم افسردگی باشد (۱۰).

در حیطهٔ ارتباط نگرش ناکارآمد به‌عنوان عاملی شناختی و حمایت اجتماعی با افسردگی پژوهش‌هایی انجام شده است. لیونز پژوهشی در ارتباط با حمایت اجتماعی و منابع روان‌شناختی در افسردگی انجام داد و دریافت که سطوح زیاد نشانه‌های افسردگی با حمایت‌های احساسی/اطلاعاتی و ملموس و بین‌فردی/عاطفی ارتباط منفی دارد. همچنین، تحلیل عامل میانجی نشانگر حمایت جزئی مدل تطبیقی شناختی بود که مشخص‌کنندهٔ تأثیرات میانجی و معنادار تسلط در رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و نشانه‌های افسردگی است. درواقع نتایج وی در قسمت تحلیل مسیر دارای برازش خوبی نبود (۱۱). همچنین، پیرسون و همکاران پژوهشی در زمینهٔ سبک‌های شناختی و حالت افسردگی آتی در اوان بزرگسالی: اهمیت اسناد جهانی انجام دادند. اطلاعات آینده‌نگر در ارتباط با۳۵۰۰ جوان از مطالعهٔ طولی آون دربارهٔ کودکان و والدین در پژوهشی در انگلستان اتخاذ شد. یافته‌ها نشان داد که تمایل نسبت‌دادن حوادث منفی به‌طور خاص به علت‌های جهانی می‌تواند از اهمیت خاصی در افسردگی برخوردار باشد. کاهش نسبت‌دهی جهانی به‌صورت بالقوه در پیش‌گیری و درمان افسردگی حائز اهمیت است (۱۲). روحبال و سیگل مشخص کردند که حمایت اجتماعی در افسردگی نقش دارد (۱۳).

باتوجه به اینکه پژوهش‌های پیشینه به‌طور مستقیم مدلی را جهت بررسی نقش میانجی نگرش ناکارآمد در ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی در جمعیت کودکان بررسی نکرده‌اند و همچنین ازآنجاکه افسردگی در کودکان از مشکلات بسیار مهم رفتاری و هیجانی تلقی می‌شود، پژوهش حاضر با هدف تبیین افسردگی براساس نقش مستقیم حمایت اجتماعی و نقش میانجی نگرش ناکارآمد در کودکان انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش از حیث طریق جمع‌آوری داده‌ها، توصیفی از نوع همبستگی بود. درواقع، پژوهش همبستگی شامل تمامی تحقیقاتی است که در آن سعی می‌شود ارتباط متغیرهای مختلف با استفاده از ضریب همبستگی کشف یا تعیین شود. جامعهٔ آماری این مطالعه را تمامی کودکان مراکز بهزیستی تهران به تعداد ۱۱۲۰ کودک ۷تا۱۲ سال در ۷۹ مرکز در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند که با نرم‌افزار G.Power و با دقت برآورد ۳درصد و خطای ۵درصد برای مطالعه، حجم نمونه ۵۴۵ نفر به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. روش اجرا به این صورت بود که با مراجعه به تمام مراکز شبه‌خانواده در شهر تهران از تمامی کودکان مقیم در مرکز آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بود از: سن ۷تا۱۲ سال؛ رضایت به

[1]. Social network

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.90.2]

شرکت‌داشتن در این پژوهش؛ نداشتن ملاک‌های تشخیصی دیگر برای اختلالات بارز روان‌پزشکی؛ مصرف‌نکردن هرگونه داروی روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، انجام‌ندادن آزمون‌ها، همکاری‌نکردن و ابتلا به بیماری‌های شدید روان‌پزشکی بود. پیش از اجرای پژوهش از سازمان بهزیستی شهر تهران جهت ورود به مراکز شبه‌خانواده مجوز لازم گرفته شد. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، قبل از شرکت در پژوهش از شرکت‌کنندگان و مسئولان مرکز کسب رضایت آگاهانه صورت گرفت.

ابزارها:

ـ پرسشنامهٔ افسردگی کودکان (CDI): این پرسشنامه توسط کواکس[1] در سال ۱۹۹۲ ساخته شد که ابزار خودگزارشی ۲۷آیتمی است و جهت ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان‌ونوجوانان استفاده می‌شود. آیتم‌های این پرسشنامه از پرسشنامهٔ افسردگی بک گرفته شده است و هر نشانه‌ای را که مختص افسردگی دورهٔ کودکی بوده، ارزیابی می‌کند؛ به‌عنوان مثال خلق بد و خودارزیابی ضعیف و مشکلات بین‌فردی. CDI پنج خرده‌مقیاس دارد که شامل خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت‌نفس ضعیف است. CDI با سایر پرسشنامه‌های مرتبط با افسردگی دورهٔ کودکی‌ونوجوانی ازجمله مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز همبستگی دارد (۱۴). دلا وگا و همکاران پایایی این پرسشنامه را ۰/۸۴ گزارش کردند؛ همچنین نشان دادند که پرسشنامه دارای روایی مطلوبی است (۱۵). در ایران پایایی پرسشنامه توسط دهشیری و همکاران بررسی شد و آن‌ها پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل پرسشنامهٔ افسردگی کودکان را به‌ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۳ به‌دست آوردند (۱۶).

ـ پرسشنامهٔ نگرش ناکارآمد کودکان (DAS-CA): این پرسشنامه توسط دوالساندرو و بورتون[2] (۲۰۰۶) ساخته شد. دارای ۱۸ سؤال به‌صورت بسته پاسخ با طیف شش‌گزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدی مخالفم، تا حدی موافقم، موافقم، کاملاً موافقم) است که به‌ترتیب نمرهٔ ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه بیشترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ کند ۱۰۸ و کمترین نمره ۱۸ است. برای بررسی اینکه نگرش‌های ناکارآمد فرد از نوع کمال‌گرایی خودمحور است یا کمال‌گرایی اجتماع‌محور باید به نمره‌ای که فرد در دو زیرمقیاس به‌دست آورده، توجه کرد. درصورتی‌که فرد در یکی از دو زیرمقیاس نمرهٔ بیشتری بگیرد، نوع نگرش‌های ناکارآمد وی را مشخص خواهد کرد؛ اینکه نگرش‌های فرد اجتماع‌محور است یا خودمحور؛ بنابراین پرسشنامه دارای دو خرده‌مقیاس است. سؤال‌های ۳، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۳ و ۱۵ مربوط به کمال‌گرایی خودمحور و سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۱۷ و ۱۸ در ارتباط با کمال‌گرایی اجتماعی‌محور است. در مطالعهٔ دوالساندرو و بورتون ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه تأیید شد (۱۷). در ایران شکری و همکاران برای بررسی اعتبار سازهٔ پرسشنامه، ضریب همبستگی بین ابعاد مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با عاطفهٔ مثبت را مطالعه کردند. تحلیل مؤلفه‌های اصلی با استفاده از چرخش ابلیمین نشان داد که مقیاس نگرش‌های ناکارآمد از دو عامل کمال‌گرایی فردمحور و کمال‌گرایی اجتماع‌محور تشکیل شده است. نتایج مربوط به همبستگی بین ابعاد مقیاس نگرش‌های ناکارآمد با عاطفهٔ مثبت از اعتبار سازهٔ مقیاس نگرش‌های ناکارآمد به‌طور تجربی حمایت کرد. مقادیر ضرایب همسانی درونی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد برای عوامل کمال‌گرایی فردمحور و کمال‌گرایی اجتماع‌محور به‌ترتیب برابر ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به‌دست آمد؛ بنابراین پرسشنامه دارای روایی و پایایی مطلوبی است (۱۸).

ـ پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی: پرسشنامهٔ مذکور توسط پروسیدانو و هلر در سال ۱۹۸۳ ساخته شد و دارای چهل سؤال است. پرسشنامه، حمایت اجتماعی را در دو مقیاس حمایت اجتماعی دوستان و حمایت اجتماعی خانواده تحت سنجش قرار می‌دهد. مقیاس دوستان بیست سؤال دارد. گزینه‌های مقیاس دوستان عبارت است از بله و خیر و نمی‌دانم. نمرهٔ نمی‌دانم همیشه برابر با صفر و در سؤالات ۳، ۴، ۱۶، ۱۹ و ۲۰ مساوی ۱+ است. برای بقیهٔ پرسش‌ها نمرهٔ پاسخ بله مساوی ۱+ است. دامنهٔ نمرهٔ کل سؤالات بین ۰تا۲۰ قرار دارد. همچنین، مقیاس خانواده شامل بیست سؤال است. گزینه‌های مقیاس خانواده عبارت است از بله و خیر و نمی‌دانم. نمرهٔ نمی‌دانم همیشه برابر با صفر و در سؤالات ۲، ۶، ۷، ۱۵، ۱۸ و ۲۰ مساوی ۱+ است. برای سایر پرسش‌ها نمرهٔ پاسخ بله مساوی ۱+ است. دامنهٔ نمرهٔ کل سؤالات بین ۰تا۲۰ قرار دارد. نمرهٔ بیشتر، حمایت اجتماعی را در سطح خانواده و دوستان بیان می‌کند. پرسشنامهٔ حمایت اجتماعی در دو مقیاس با ضریب آلفای ۰/۹۰ از هماهنگی درونی چشمگیری برخوردار است (۱۹). مطالعات داخلی نشان دادند که پایایی مقیاس خانواده بین ۰/۸۸تا۰/۹۱ و برای مقیاس دوستان بین ۰/۸۴تا۰/۹۰ است. این پرسشنامه از روایی هم‌زمان خوبی برخوردار است. نمرات پرسشنامه با درماندگی روانی و کارآمدی اجتماعی همبستگی دارد. ضرایب همبستگی بین نمرات حاصل از این پرسشنامه با پرسشنامهٔ شخصیت‌سنج کالیفرنیا و وابستگی بین اشخاص معنادار بود (۲۰).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت. باتوجه به اینکه در پژوهش حاضر روابط میان متغیرها در چارچوب الگویی علّی تحت مطالعه قرار گرفت، برای بررسی مدل مفروض از آمار استنباطی از نوع همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد و داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۳ تحلیل شدند. سطح معناداری ۰/۰۵ برای تمامی آزمون‌های آماری به‌کار رفت.

قبل از تحلیل مدل ساختاری، ابتدا نمرهٔ کل هر متغیر به‌عنوان نمره‌ای از هر متغیر به‌دست آمد. سپس نرمال‌بودن توزیع چندمتغیرهٔ داده‌ها تحت بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که داده‌ها به‌صورت چندمتغیره دارای توزیع نرمال است. برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی‌دو، شاخص برازندگی تطبیقی CFI، شاخص نیکویی برازش GFI، شاخص نیکویی برازش تعدیل‌شده AGFI و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب RMSEA بررسی شد. به‌منظور برازش الگو ضروری است که شاخص‌های مذکور استانداردهای لازم را داشته باشد. چنانچه شاخص χ^2/df کوچک‌تر از

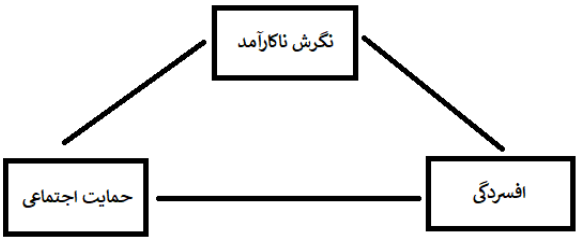
[1]. Kovacs

[2]. D'Alessandro, & Burton

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.90.2]

۲/۵ باشد، مقدار RSMEA کوچک‌تر و به صفر نزدیک‌تر بوده و همچنین اگر شاخص‌های برازش (GFI و AGFI و CFI) به یک نزدیک‌تر باشد، بیان می‌کند که الگوی پیشنهادی تأیید شده است (۲۱).



شکل ۱. مدل مفهومی جهت پیش‌بینی افسردگی

۳ یافته‌ها

میانگین±انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان مذکر و مؤنث به‌ترتیب، ۶/۶۰ ± ۳۷/۲۸ و ۶/۴۹±۳۳/۲۷ و میانگین±انحراف معیار سن کل شرکت‌کنندگان ۶/۸۴±۳۵/۲۷ بود. همچنین میانگین±انحراف معیار نگرش ناکارآمد فردی و اجتماعی و نمرهٔ کل به‌ترتیب ۱۴/۲۳±۲۷/۵۸ و ۱۳/۶۸±۲۷/۰۲ و ۲۷/۷۵±۵۴/۶۱ به‌دست آمد. میانگین±انحراف معیار نمرهٔ کل سبک اسنادی ۳/۲۹±۸/۴۹ و میانگین±انحراف معیار افسردگی و حمایت اجتماعی به‌ترتیب ۵/۳۷±۸/۵۷ و ۹/۲۵±۲۳/۲۳ محاسبه شد.

جدول ۱. همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	نگرش ناکارآمد فردی	نگرش ناکارآمد اجتماعی	نمرهٔ کل نگرش ناکارآمد	حمایت اجتماعی	افسردگی
نگرش ناکارآمد فردی	۱				
نگرش ناکارآمد اجتماعی	۰/۹۷۸	۱			
نمرهٔ کل نگرش ناکارآمد	۰/۹۹۵	۰/۹۹۴	۱		
حمایت اجتماعی	ـ۰/۸۹۶	ـ۰/۸۶۴	ـ۰/۸۸۵	۱	
افسردگی	۰/۶۶۰	۰/۶۱۵	۰/۶۴۲	ـ۰/۴۲۸	۱

پیش از اجرای همبستگی پیرسون نرمال‌بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف بررسی شد که نتایج بیانگر نرمال‌بودن داده‌ها بود. جدول ۱ نتایج ضریب همبستگی پیرسون را بین متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. همان‌طورکه مشاهده می‌شود، نگرش ناکارآمد فردی با حمایت اجتماعی و افسردگی ارتباط معکوس و معناداری دارد (p<۰/۰۰۱). همچنین بین نگرش ناکارآمد اجتماعی با حمایت اجتماعی و افسردگی رابطهٔ معکوس و معناداری دیده می‌شود (p<۰/۰۰۱). نمرهٔ کل نگرش ناکارآمد با حمایت اجتماعی و افسردگی دارای ارتباط معکوس و معناداری است (p<۰/۰۰۱). حمایت اجتماعی نیز با افسردگی رابطهٔ معکوس و معناداری دارد (p<۰/۰۰۱).

جدول ۲. اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل جهت پیش‌بینی افسردگی

متغیر	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	مقدار احتمال
حمایت اجتماعی بر نگرش ناکارآمد	ـ۰/۸۷	ـ	ـ۰/۸۷	<۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی بر افسردگی	۱/۱۲	ـ۰/۷۹	ـ۰/۳۷	<۰/۰۰۱
نگرش ناکارآمد بر افسردگی	۱/۰۰	ـ	۱/۰۰	<۰/۰۰۱

جدول ۲ میزان اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل هر سازه را درقبال افسردگی نشان می‌دهد. باتوجه به شکل ۱ و جدول ۲، اثرات مستقیم و غیرمستقیم و کل حمایت اجتماعی بر افسردگی به‌ترتیب ۰/۰۵۴ و ـ۰/۵۰۴ و ـ۰/۲۴۹ است؛ درنتیجه، می‌توان گفت که حمایت اجتماعی توانست با نقش میانجی نگرش ناکارآمد، مدل مطلوبی را ارائه دهد.

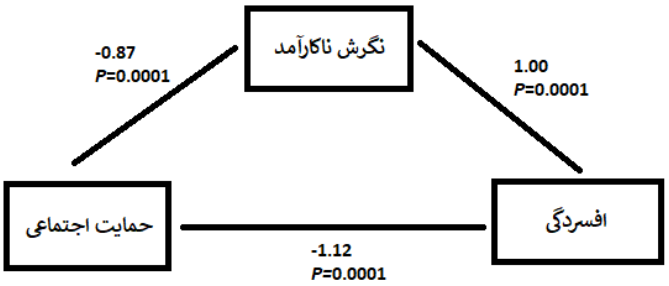
جدول ۳. نیکویی برازش مدل ساختاری

درجهٔ آزادی	خی‌دو	X^2/Df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	مقدار احتمال
۱۰	۱۸	۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱۲	۰/۸۷۵	۰/۹۰۵	<۰/۰۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.90.2]

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت خی‌دو به درجهٔ آزادی کمتر از ۲/۵ بوده و میزان RMSEA نزدیک به صفر است. همچنین، مقدار GFI و AGFI و CFI نزدیک به یک است؛ درنتیجه، مدل ارائه‌شده برازش خوبی دارد.



شکل ۲. مدل مسیر جهت پیش‌بینی افسردگی

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تبیین افسردگی براساس نقش مستقیم حمایت اجتماعی و نقش میانجی نگرش ناکارآمد در کودکان بود. نتایج در سطح همبستگی نشان داد که نگرش ناکارآمد فردی با حمایت اجتماعی و افسردگی ارتباط معکوس و معناداری دارد. همچنین بین نگرش ناکارآمد اجتماعی با حمایت اجتماعی و افسردگی ارتباط معکوس و معناداری دیده می‌شود. نمرهٔ کل نگرش ناکارآمد با حمایت اجتماعی و افسردگی رابطهٔ معکوس و معناداری داشته و حمایت اجتماعی با افسردگی ارتباط معکوس و معناداری دارد. در سطح معادلات ساختاری نیز نتایج مشخص کرد که حمایت اجتماعی با نقش میانجی نگرش ناکارآمد می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ افسردگی در کودکان باشد و این مدل دارای برازش است.

نتایج به‌دست‌آمده با پژوهش‌های چانگ و همکاران (۸)، لیونز (۱۱)، پیرسون و همکاران (۱۲) و روحبال و سیگل (۱۳) همسوست. به‌عنوان مثال، چانگ و همکاران (۸) نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و افسردگی ارتباط معکوس وجود دارد. درواقع کاهش حمایت اجتماعی می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ افسردگی باشد. ازطرفی‌دیگر، مطالعهٔ پیرسون و همکاران (۱۲) مشخص کرد کودکان دارای نگرش‌های منفی، نمرات بیشتری را در افسردگی می‌گیرند.

با این‌حال پس از بررسی پیشینهٔ پژوهش، مطالعهٔ حاضر از حیث روش‌شناسی با پژوهش‌های پیشین دارای تفاوت است. تحقیقات گذشته از روش‌های رگرسیون و همبستگی جهت بررسی ارتباط حمایت اجتماعی و نگرش ناکارآمد و افسردگی در کودکان استفاده کردند؛ درحالی‌که در پژوهش حاضر روش معادلات ساختاری تحلیل مسیر با درنظرگرفتن نقش میانجی نگرش ناکارآمد به‌کار رفت.

جهت تبیین داده‌ها می‌توان به چند نکته اشاره کرد: اولین نکته تمرکز پژوهش حاضر به حمایت اجتماعی به‌عنوان متغیر مستقل بود. در این راستا پژوهش‌های پیشین از لحاظ نظری و پژوهشی تأکید کرده‌اند که حمایت اجتماعی در خانواده و دوستان و محیط‌های اجتماعی از مؤلفه‌های بسیار مهم تأثیرگذار بر سلامت روانی به‌ویژه افسردگی است (۸، ۲۲).

ازآنجاکه دورهٔ کودکی یکی از دوره‌های حساس تلقی می‌شود، حمایت خانواده و اطرافیان جهت کاهش آسیب‌های روان‌شناختی مانند افسردگی در درجهٔ اهمیت بیشتری قرار می‌گیرد. جهت حمایت از این تبیین، مطالعهٔ زانزونگی و همکاران (۲۳) نشان داد که کودکان درمقایسه با بزرگسالان بیشتر نیازمند حمایت هستند؛ زیرا درک حمایت‌های اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری جلوگیری کند و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد؛ همچنین تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی و روانی و اجتماعی فرد بر جای می‌گذارد و درنهایت به افزایش عملکرد منجر می‌شود؛ نکتهٔ دوم درنظرگرفتن نقش میانجی نگرش ناکارآمد در ارتباط بین حمایت اجتماعی و افسردگی بود. نگرش ناکارآمد از عوامل بسیار مهم مرتبط با افسردگی شناخته شده است. از نظر بک نگرش‌های ناکارآمد معیارهایی انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه بوده که فرد از آن برای قضاوت دربارهٔ خود و دیگران استفاده می‌کند. درواقع تفسیر اطلاعات به‌شکل منفی و تحریف‌شده درمقابل درک ذهنی از مشکلات تلقی شده و از خلال تجارب منفی اولیه ناشی می‌شود؛ همچنین الگوهای شناختی ناسازگار در تشدید نگرش‌های منفی ناکارآمد مؤثر است و می‌تواند پیش‌بینی‌کنندهٔ علائم افسردگی باشد (۱۰).

ازطرف‌دیگر، باتوجه به پژوهش‌های روان‌شناسی تحولی، می‌توان نتیجه گرفت که حمایت والدین باعث شکل‌گیری شناخت و نوع تفکر کودکان دربارهٔ دنیا و دیگران و آینده می‌شود. به‌عنوان مثال، مطالعات نشان دادند سطوح بیشتر نگرش ناکارآمد با دوره‌های طولانی‌تر دوره‌های افسردگی اساسی و با زمان‌های کوتاه‌تر بین دوره‌های عود در ارتباط است؛ همچنین زمانی‌که نگرش‌های ناکارآمد از آستانهٔ خاصی تجاوز می‌کند، افزایش علائم روان‌شناختی گزارش شده است (۲۴).

در بُعد ارتباط حمایت اجتماعی و افسردگی، پانزارین و همکاران (۲۵) دریافتند که برخی ابعاد حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌طور معناداری با افسردگی ارتباط دارد. لوگزدان و همکاران (۲۶) نشان دادند که تا چه اندازه ممکن است نبود حمایت اجتماعی احساس تنهایی را شدت بخشیده و در افزایش علائم افسردگی نقش به‌سزایی داشته باشد. محدودیت‌های پژوهش شامل نبود کنترل جنسیت و مطالعه صرفاً بر کودکان مراکز شبه‌خانواده بود و بهتر است کودکان خانواده‌های سالم نیز تحت بررسی قرار گیرند.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر از لحاظ نظری پیشنهاد می‌کند که مطالعات طولی جهت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.90.2]

بررسی مدل ارائه‌شده اجرا شود تا مقایسهٔ دوره‌های مختلف سنی در مدل مفهومی ارائه‌شده انجام پذیرد. از لحاظ کاربردی و عملی، توصیه می‌شود تا تبیین‌های صورت‌گرفته جهت ساخت راهنمای کلی در مدارس به‌کار رود. همچنین نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در شناسایی نوع حمایت اجتماعی و نگرش ناکارآمد در مشاوره‌های روان‌شناختی در کودکان افسرده استفاده شود. به‌طورکلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی با نقش میانجی نگرش ناکارآمد می‌تواند مدل مطلوبی جهت پیش‌بینی افسردگی در کودکان باشد. پژوهش حاضر با هدف بنیادی صورت گرفت؛ اما نتایج این تحقیق تلویحات کاربردی نیز دارد. یکی از تلویحات، استفاده از نتایج این مطالعه جهت کاهش افسردگی کودکان باتوجه به متغیرهای مستقل و میانجی است. همچنین، می‌توان از نتایج این پژوهش جهت ساخت آموزش‌ها و مشاوره‌های مرتبط با افسردگی کودکان بهره برد.

۶ تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامهٔ دکتری دانشگاه آزاد با شمارهٔ ۱۲۵/۲۵ است. از مساعدت شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنیم. همچنین هیچ‌گونه تضاد منافعی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Elder GH. Children of the Great Depression: Social Change in Life Experience. Boulder, Colo: Westview Press; 1999.
2. Englbrecht M, Alten R, Aringer M, Baerwald CG, Burkhardt H, Eby N, et al. FRI0142 high prevalence of depression in patients with rheumatoid arthritis - data from the large cross-sectional vadera II study. Ann Rheum Dis. 2016;75:479–80. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-eular.3236
3. Mahati K, Bhagya V, Christofer T, Sneha A, Shankaranarayana Rao BS. Enriched environment ameliorates depression-induced cognitive deficits and restores abnormal hippocampal synaptic plasticity. Neurobiol Learn Mem. 2016;134 Pt B:379–91. doi: 10.1016/j.nlm.2016.08.017
4. Liu Y, Zhang F, Wang Z, Cao L, Wang J, Na A, et al. Overgeneral autobiographical memory at baseline predicts depressive symptoms at follow-up in patients with first-episode depression. Psychiatry Res. 2016;243:123–7. doi: 10.1016/j.psychres.2016.06.029
5. Jahangasht K, Asiri S, Pakseresht S, Kazemnejad Leili E. Prevalence of depression symptoms and its related factors in school students. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2016;26(3):8–15. http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-749-en.pdf
6. Giagazoglou P, Kouliousi C, Sidiropoulou M, Fahantidou A. The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. Res Dev Disabil. 2012;33(3):964–70. doi: 10.1016/j.ridd.2011.12.016
7. Cohen AN, Hammen C, Henry RM, Daley SE. Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. J Affect Disord. 2004;82(1):143–7. doi: 10.1016/j.jad.2003.10.008
8. Chang C-W, Yuan R, Chen J-K. Social support and depression among Chinese adolescents: The mediating roles of self-esteem and self-efficacy. Children and Youth Services Review. 2018;88:128–34. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.03.001
9. Beck AT. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press; 1979.
10. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 1988;8(1):77–100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
11. Lyons SJ. The role of social support and psychological resources in depression in people living with HIV/AIDS: Examining the mediating role of mastery and self-esteem [Thesis for M.A in Adult Education and Counselling Psychology]. [Torento, Canada]: Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto; 2010.
12. Pearson RM, Heron J, Button K, Bentall RP, Fernyhough C, Mahedy L, et al. Cognitive styles and future depressed mood in early adulthood: the importance of global attributions. J Affect Disord. 2015;171:60–7. doi: 10.1016/j.jad.2014.08.057
13. Ruybal AL, Siegel JT. Increasing social support for women with postpartum depression: An application of attribution theory. Stigma and Health. 2017;2(2):137–56. doi: 10.1037/sah0000047
14. Bae Y. Test Review: Kovacs, M. “Children’s Depression Inventory 2 (CDI 2)” (2nd ed.). North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc, 2011. Journal of Psychoeducational Assessment. 2012;30(3):304–8. doi: 10.1177/0734282911426407
15. de la Vega R, Racine M, Sánchez-Rodríguez E, Solé E, Castarlenas E, Jensen MP, et al. Psychometric properties of the short form of the Children’s Depression Inventory (CDI-S) in young people with physical disabilities. J Psychosom Res. 2016;90:57–61. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.09.007
16. Dehshiri GhR, Najafi M, Shikhi M, Habibi Askarabad M. Investigating primary psychometric properties of Children's Depression Inventory (CDI). J Fam Res. 2009;5(2):159–177. [Persian] https://www.sid.ir/FileServer/JF/78913881803.pdf

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.90.2]

17. D'Alessandro DU, Burton KD. Development and validation of the dysfunctional attitudes scale for children: Tests of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. Cogn Ther Res. 2006;30(3):335–53. doi: 10.1007/s10608-006-9046-5
18. Shokri O, Pour Shahriar H, Aghayi M, Sanayi pour MH. Psychometric analysis scale of dysfunctional attitude towards children and adolescents. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2015;10(36):47–56. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_123_7ea33578a530771f61abfb90428e9301.pdf
19. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. Am J Community Psychol. 1983;11(1):1–24. doi: 10.1007/bf00898416
20. Rajabi G, Zolmajd Z. Psychometric properties of the Persian version of the family empowerment scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 201810;24(2):216–29. [Persina] doi: 10.32598/ijpcp.24.2.216
21. Byrne BM. Structural Equation Modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. International Journal of Testing. 2001;1(1):55–86. doi: 10.1207/S15327574IJT0101_4
22. Lakey B, Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. Psychol Rev. 2011;118(3):482–95. doi: 10.1037/a0023477
23. Zunzunegui MV, Béland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. Int J Epidemiol. 2001;30(5):1090–9. doi: 10.1093/ije/30.5.1090
24. Armstrong MI, Birnie-Lefcovitch S, Ungar MT. Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What We Know. J Child Fam Stud. 2005;14(2):269–81. doi: 10.1007/s10826-005-5054-4
25. Panzarine S, Slater E, Sharps P. Coping, social support, and depressive symptoms in adolescent mothers. J Adolesc Health. 1995;17(2):113–9. doi: 10.1016/1054-139X(95)00064-Y
26. Logsdon MC, Birkimer JC, Simpson T, Looney S. Postpartum depression and social support in adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005;34(1):46–54. doi: 10.1177/0884217504272802

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-01-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.90.2]